



Imagen Clínica del Mes

Claudicación intermitente de causa no aterosclerótica en mujer joven

Non-atherosclerotic intermittent claudication in a young woman

Gergana T. Taneva, Esther Vázquez Rodríguez, María Isabel Lago Rivas, Manuel de la Quintana Gordon

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid

Palabras clave:

Síndrome de Buerger.
Tromboangieítis obliterante.
Claudicación no aterosclerótica.
Enfermedad vascular inflamatoria.

Mujer de 42 años, exfumadora, con antecedentes de HTA, infarto agudo de miocardio, asma extrínseco, hipotiroidismo, talasemia menor, obesidad. Presenta dolor gemelar en MII al caminar menos de 50 metros de distancia. Pulsos femoral y poplíteo presentes, sin pulsos distales; ITB 0.4 (Fig. 1).

PREGUNTA

1. Sospecha clínica y pruebas diagnósticas
 - a) Enfermedad arterial periférica: arteriografía diagnóstica.
 - b) Síndrome de Buerger: arteriografía diagnóstica.
 - c) Vasculitis de pequeño o mediano vaso: valoración por Reumatología.
 - d) Atrapamiento poplíteo bilateral: angioRMN dinámica.
2. ¿Qué debería descartarse?
 - a) Enfermedades autoinmunes, estados de hipercoagulabilidad, diabetes *mellitus*.
 - b) Causa proximal de embolización.
 - c) Factores de riesgo cardiovascular diferentes del tabaquismo.
 - d) Todas.

Key words:

Buerger syndrome.
Tromboangieítis obliterans.
Non-atherosclerotic claudication.
Inflammatory vascular disease.

Recibido: 23/8/2018 • Aceptado: 12/2/2019

Taneva GT, Vázquez Rodríguez E, Lago Rivas MI, de la Quintana Gordon M. Claudicación intermitente de causa no aterosclerótica en mujer joven. *Angiología* 2019;71(2):84-85.

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00032>

Correspondencia:

Gergana T. Taneva. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Severo Ochoa. Avda. de Orellana, s/n. 28911 Leganés, Madrid
e-mail: dr.gtaneva@gmail.com

SOLUCIÓN

- 1b) Siguiendo los criterios diagnósticos de Shionoya y de Olin, se trata de paciente relativamente joven (< 45-50 años), con historia de tabaquismo y oclusión infrapoplítea (1,2) (Fig. 1).
- 2d) La imagen en sacacorchos (Fig. 2A-B) es típica, aunque no patognomónica. Para el diagnóstico de certeza han de descartarse todas las cláusulas citadas.

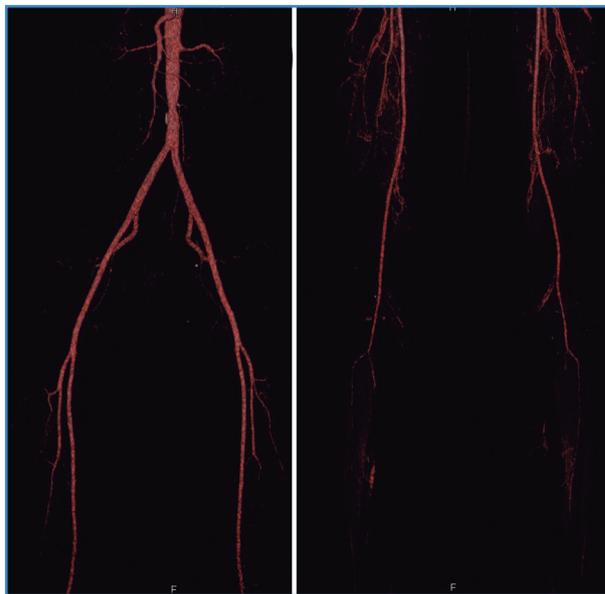


Figura 1. Reconstrucción angiográfica. Obsérvese la permeabilidad aortoiliaca y poplítea sin defectos de repleción, descartando causa proximal de embolización. El contraste apenas alcanza los troncos distales.



Figura 2. A-B. El territorio infrapoplíteo se encuentra afilado y ocluido. Se objetiva la típica imagen en "sacacorchos" (flecha).